

Breast und Cancer Care Nurse

Ein Modell für spezialisierte Pflege in Brust- und Tumorzentren

Spezialisierte Pflege für Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen: Status quo

Die zunehmende Komplexität von Diagnostik und Therapie bei Krebserkrankungen führt international zur Zentralisierung von gesundheitlichen Versorgungsstrukturen. Auch wenn insbesondere Patienten mit seltenen Krebserkrankungen von diesen Versorgungsstrukturen profitieren würden [1], ist im deutschsprachigen Raum eine Zentralisierungstendenz hauptsächlich bei Brustzentren zu konstatieren. Für Brustkrebspatientinnen liefern hauptsächlich Daten aus Großbritannien Evidenz für positive Effekte einer zentralen Versorgungsstruktur auf postoperative Outcomes [2]. Die Ausstattung von Brustzentren ist gegenwärtig noch sehr unterschiedlich. Richtlinien, wie beispielsweise die Kriterien der European Society of Mastology (EUSOMA), definieren jedoch Minimalstandards für eine Zertifizierung, in denen auch Anforderungen an die pflegerische Versorgung festgelegt sind [3]. Die aktuellen, 2006 publizierten Kriterien für eine Zertifizierung zum Brustzentrum der EUSOMA sehen für das Kernteam eines Brustzentrums die Funktion „patient support staff“ vor (<http://www.eusoma.org/doc/Eusoma-BUguidelinesrevisedversiono6.pdf>). Breast Care Nurses sind für diese Funktion prädestiniert (s. Infobox).

Beratungsleistungen spezialisierter Pfleger insbesondere im psychosozialen Bereich führen zu verbesserten Pa-

tientinnen-Outcomes. Angst- und Depressionsminderung, schnellere soziale Wiedereingliederung und ein verstärkter Einbezug in Entscheidungsprozesse sind bei Patientinnen mit Breast Care Nursing durch einzelne randomisierte, kontrollierte Studien beschrieben worden [4]. Gleichzeitig zeigen insbesondere Praxisprojekte aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum eine hohe Bandbreite und Variation in den Rollen und Kompetenzen von Breast Care Nurses. Die Herausforderung wird folglich zukünftig darin liegen, Modelle mit klaren Rollen- und Kompetenzprofilen von Breast Care Nurses zu entwickeln. Trotz dieser Entwicklung in Bezug auf Brustkrebspatientinnen und großem Unterstützungsbedarf fehlt es derzeit jedoch weitgehend an pflegewissenschaftlichen Interventionsstudien für Patientinnen mit anderen gynäkologischen Tumoren, um fundierte Aussagen bezüglich Effektivität und Effizienz machen zu können.

Breast und Cancer Care Nurse: Ein Modell für die Schweiz?

Das Brust- und Tumorzentrum (BTZ) der Universitätsfrauenklinik des Inselspitals, Bern, wurde im Jahr 2002 gegründet. Das Zentrum setzt sich eine integrierte Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumorerkrankungen über den gesamten Diagnose- und Therapieprozess zum Ziel. Entgegen der im angloamerikanischen Raum üblichen Trennung

von gynäkologischen Krebserkrankungen von Brustkrebskrankungen werden im deutschsprachigen Raum unter den gynäkologischen Tumorerkrankungen auch Brusttumoren subsummiert. Neben einer interdisziplinären ärztlichen Zusammenarbeit wird im BTZ eine multidisziplinäre Versorgung angestrebt, die Patientinnen und ihren Angehörigen eine umfassende Beratung, Behandlung und Betreuung durch eng vernetzte Spezialisten diverser Fachrichtungen bietet. Aus diesem Grund wurde im BTZ als erstem Brust- und Tumorzentrum der deutschsprachigen Schweiz eine pflegerische Beratung etabliert, die sich an bestehenden Breast-Care-Nurse-Modellen aus dem angloamerikanischen Raum orientiert. Allerdings mussten bestehende Modelle für den spezifischen schweizerischen Kontext adaptiert werden: Pflegefachpersonen im deutschsprachigen Raum agieren juristisch in einem engeren Verantwortungsrahmen, haben andere Ausbildungsmöglichkeiten und auch andere klinische Kompetenzen als ihre Kolleginnen aus dem (nord)europäischen und angloamerikanischen Raum. Da im Brust- und Tumorzentrum nicht nur Frauen mit Brustkrebs versorgt werden, richtet sich das Angebot der BCNI an alle Frauen, die von einer malignen, gynäkologischen Tumorerkrankung betroffen sind. Vor diesem Hintergrund wurde das Modell der Breast & Cancer Care Nurse, Inselspital (BCNI), entwickelt.

In der Schweiz erkranken jährlich rund 4980 Frauen neu an Brustkrebs. Bei etwa

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



340 Frauen wird pro Jahr ein Zervixkarzinom, bei rund 820 Frauen ein Uteruskarzinom und bei etwa 700 ein Ovarialkarzinom diagnostiziert [5]. Der Kernauftrag der BCNI liegt in der kontinuierlichen Begleitung und Beratung von Patientinnen mit gynäkologischen Krebserkrankungen. Die Auseinandersetzung mit Krebs setzt aber für Frauen nicht erst mit der Diagnose ein, sondern beinhaltet auch präventive Aspekte: Regelmäßige Früherkennungsuntersuchungen im Hinblick auf spezifische Krebserkrankungen wie Brustkrebs oder Zervixkarzinome (sowie in diesem Zusammenhang risikomindernde HPV-Impfungen) sind Themen, die auch gesunde Frauen betreffen. Für Frauen, deren Familienmitglieder von einer Brustkrebserkrankung betroffen sind, stellt sich darüber hinaus die Frage, eine genetische Risikoabklärung durchführen zu lassen. Hier steht nicht das Erleben von Krebs als Krankheit, sondern die Auseinandersetzung mit dem Risiko einer Erkrankung im Vordergrund. In dem hier skizzierten Bereich der Prävention leistet die BCNI einen Beitrag, indem sie Patientinnen und deren Angehörigen im Entscheidungsfindungsprozess bezüglich genetischer Risikoabklärung über das Verfahren und die Möglichkeiten aufklärt. Über eine Hotline informiert sie interessierte Personen über HPV-Infektion, deren Folgen und die HPV-Impfung.

Neben diesen Angeboten im Bereich der Krebsprävention stehen die Angebote an Frauen mit Krebserkrankungen im Vordergrund der Tätigkeit der BCNI. Deren Kompetenzen werden im Folgenden konkreter diskutiert.

Kompetenzen der Breast und Cancer Care Nurse

Obwohl nur wenige verbindliche Standards die Rolle und Kompetenzen von Breast Care Nurses oder Cancer Care Nurses festlegen, zeigt ein Vergleich verschiedener Modelle von Breast Care Nurses, dass ihre Kompetenzen mindestens folgende Funktionen umfassen sollten [6]:

- Assessment des physischen und psychosozialen sowie therapiebezogenen Status der Patientin und Anwendung angemessener Interventionen,

- Abgabe mündlicher und schriftlicher Informationen an betroffene Frauen und deren Angehörige,
- Koordination des gesamten Behandlungsprozesses durch die verschiedenen Behandlungsmodalitäten,
- Vermittlung zwischen den Fachpersonen des multidisziplinären Teams.

Auf der Basis dieser Grundlagen wurde als Anstellungsbedingung für die BCNI die pflegerische Grundausbildung, eine Nachdiplomausbildung in Onkologie (z. B. höhere Fachausbildung in Onkologiepflege) und mehrjährige Berufserfahrung mit onkologischen Patientinnen vorausgesetzt. Das Kompetenzprofil der BCNI befindet sich gegenwärtig in einem Entwicklungsprozess. In Anlehnung an ein in Australien entwickeltes Kompetenzprofil [7] sind folgende 5 Kompetenzbereiche richtungsweisend:

Bereich 1: Unterstützende Pflege

Die BCNI schult, berät und informiert Patientinnen und deren Angehörige auf der Basis vertiefter pflegerischer Kenntnisse über gynäkologische Tumorerkrankungen. In ihrem pflegerischen Angebot beruft sich die BCNI auf die beste bestehende Evidenz. Damit leistet sie einen Beitrag an ein optimales physisches, psychologisches, soziales und sexuelles Befinden der Patientinnen und deren Angehörigen in der jeweiligen Phase des Krankheitsprozesses.

Sie entwickelt ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Betroffenen, um deren Pflegebedarf zu antizipieren/aufzunehmen. Sie geht in der Wahl der Interventionen von den Bedürfnissen der Patientin bzw. ihren Angehörigen aus und kann die Wahl der Interventionen gegenüber den Betroffenen nachvollziehbar begründen. Damit die BCNI ihr Angebot reflektierend evaluieren kann, hält sie regelmäßig Fallbesprechungen mit Pflegefachpersonen ab und wird in regelmäßigen Abständen durch eine Ärztin mit psychosomatischer Zusatzausbildung supervidiert.

Bereich 2: Zusammenarbeit

Die BCNI ermöglicht durch ihre kommunikativen Fähigkeiten eine enge Zu-

sammenarbeit mit Patientinnen und deren Bezugspersonen. Die BCNI hat vertiefte Kenntnisse der Pflegediagnostik und nutzt diese in der Kommunikation mit Pflegenden und weiteren am Prozess beteiligten Fachpersonen. Sie gibt alle relevanten erhobenen Informationen in mündlicher bzw. schriftlicher Form an die involvierten Fachpersonen weiter.

Bereich 3: Koordination der Versorgung

Die BCNI hat ein Verständnis der wesentlichen Aspekte des Case-Managements und wendet dieses insbesondere im Hinblick auf die Optimierung der Patientenzufriedenheit, aber auch im Hinblick auf Effizienzsteigerung an. Sie sorgt aufgrund ihres Erfahrungswissens, ihrer vertieften Kenntnisse des Gesamtprozesses und ihrer Vernetzung mit allen am Prozess beteiligten Fachpersonen dafür, dass die Abläufe möglichst effizient und effektiv organisiert werden.

Bereich 4: Beratung, Information und Schulung

Die BCNI hat vertiefte Kenntnisse der Lern- und Beratungstheorien. Sie gründet ihr gesamtes Angebot an Betroffene auf diesen Kenntnissen. Mit Unterstützung pflegewissenschaftlich ausgebildeter Pflegefachpersonen wendet sie die Strategien der evidenzbasierten Pflege in der Aktualisierung ihres Beratungs-, Informations- und Schulungsangebots an. Ihre Englischkenntnisse und EDV-Kenntnisse erlauben ihr, für spezifische Fragestellungen internationale Forschungserkenntnisse zu recherchieren und diese, gemeinsam mit pflegewissenschaftlich ausgebildeten Pflegefachpersonen, für Betroffene aufzubereiten.

Bereich 5: Entwicklung der Onkologiepflege

Die BCNI ist in der Lage, Pflegenden mit onkologischem Fachhintergrund im Bereich der gynäkologischen Onkologie fortzubilden. Sie kann selbst entwickelte Angebote und Erkenntnisse aus der Praxis in Form von Artikeln und Publikationen aufbereiten und einem breiten Publikum

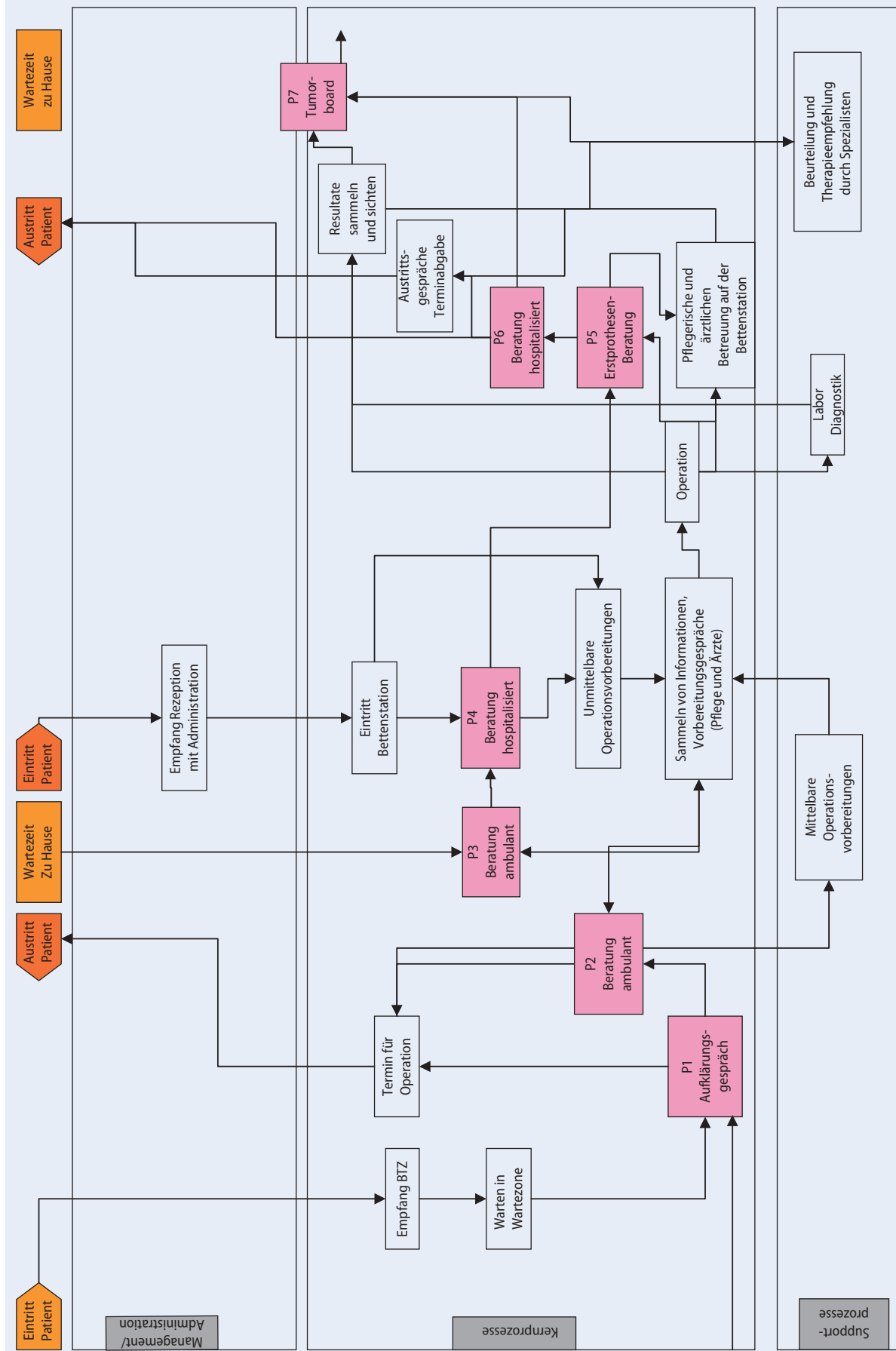


Abb. 1 ▲ Schematische Darstellung des Patientinnenprozesses (Auszug)

zugänglich machen. Ihre reflexiven Fähigkeiten machen es möglich, dass die BCNI Bereiche mit Entwicklungsbedarf identifiziert und geeignete Maßnahmen zur Praxisentwicklung ergreift.

Vor dem Hintergrund dieses Kompetenzprofils nimmt die BCNI Funktionen im Rahmen eines integrierten, multidisziplinären Prozesses wahr, der anhand des unten stehenden Prozessplans detaillierter erläutert wird.

Strukturierter Patientinnenprozess

Vor Beginn der Tätigkeit der BCNI wurde durch ein Team von ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen verschiedener Fachrichtungen (Senologie, Medizinische Onkologie, Radioonkologie) ein exemplarischer Prozessplan für Mammakarzinompatientinnen mit adjuvanter Behandlung definiert. Der Prozess wurde mittels eines Prozesstools, dem sogenannten Case-Wise dargestellt und sämtliche Prozessschritte inhaltlich und strukturell definiert. In **Abb. 2** wird der Ausschnitt der Diagnosemitteilungs- und Hospitalisationsphase des Prozessplans veranschaulicht. Anhand dieses Ausschnitts soll dargestellt werden, wie die Breast und Cancer Care Nurse in den Patientinnenprozess integriert ist und welche Funktionen sie übernimmt.

Die BCNI ist Bestandteil des Kernteams des Brust- und Tumorzentrums und somit unmittelbar am Kernprozess beteiligt. Der erste Patientinnenkontakt findet in der Regel bei der Diagnosemitteilung statt. Die BCNI ist während des gesamten Aufklärungsgesprächs mit der zuständigen ärztlichen Fachperson Senologie/Gynäkologie anwesend (**Abb. 1**: Prozessschritt 1). Sie steht der Patientin nach dem ärztlichen Aufklärungsgespräch für unmittelbare Unterstützungsbedürfnisse zur Verfügung (**Abb. 1**: Prozessschritt 2) bis diese die Klinik verlässt. Ziel dieses ersten Kontakts ist in primär die emotionale Unterstützung. Zusätzlich wird das Angebot der BCNI, insbesondere die konkreten Details der Kontaktaufnahme, erläutert. Ebenso wird eine erste pflegerische Anamnese aufgenommen. Mittels „Distress-Thermometer“ [8] führt die BCNI ein Belastungsassessment

Zusammenfassung · Abstract

Onkologie 2007 · 13:316–327 DOI 10.1007/s00761-006-1174-8
© Springer Medizin Verlag 2007

M. Eicher

Breast und Cancer Care Nurse. Ein Modell für spezialisierte Pflege in Brust- und Tumorzentren

Zusammenfassung

Durch die Veränderung der Versorgungsstrukturen von Patientinnen mit gynäkologischen, malignen Tumoren verändert sich der Bedarf an pflegerischer Versorgung. Im skandinavischen und angloamerikanischen Raum bereits etablierte Breast und Cancer Care Nurses halten im deutschsprachigen Raum Einzug. Der Artikel beschreibt das Modell der Breast und Cancer Care Nurse (BCNI) des Brust- und Tumorzentrums der Frauenklinik des Inselspitals, Universitätsspital in Bern. Die Einbindung der BCNI in das multidisziplinäre Team wird anhand eines Prozessplans

erläutert. Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung von spezialisierten Pflegefachpersonen werden diskutiert. Konkrete Inhalte des Angebotes werden anhand von Beispielen aus Beratungskonzepten erläutert. Erste Ergebnisse aus der Qualitätsevaluation der Einführung der BCNI werden dargestellt.

Schlüsselwörter

Breast Care Nurse · Spezialisierte Pflege · Brustkrebs · Disease Management

Breast and cancer care nurse. A model for specialised nursing in breast and cancer centres

Abstract

Recent changes in the health care provision for women with breast and gynaecological cancer have induced changes in nursing. Well-established in the Anglo-Saxon and Scandinavian countries, breast and cancer care nurses are currently taking roots in the German-speaking parts of Europe. This article describes the specific concept and practice of Breast and Cancer Care Nurses, Inselspital (BCNI), at the University Hospital in Bern. In particular, an integrated process plan illustrates the integration of the BCNI function

in a multidisciplinary team. The article discusses potential responsibilities of specialised nurses. To provide an insight into the services offered by the BCNI some details of specific counselling concepts are outlined. Finally, the article discusses preliminary results of a satisfaction survey.

Keywords

Breast Care Nursing · Specialised Nursing · Breast Cancer · Disease management

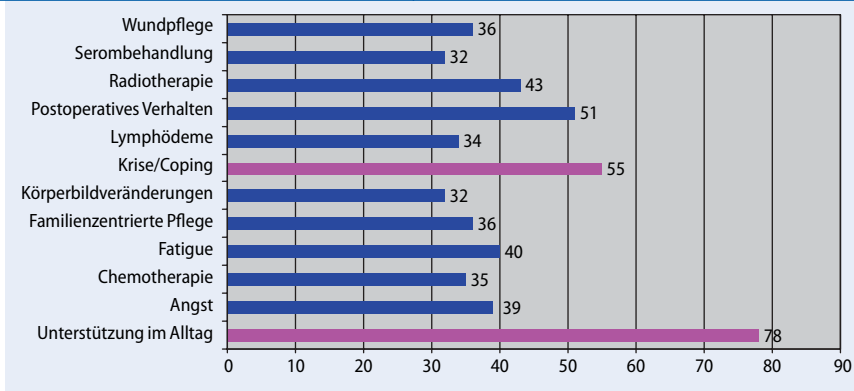


Abb. 2 ▲ Häufig nachgefragte Beratungsthemen der BCNI (n=82 Patientinnen, absolute Zahlen, häufigste Themen hervorgehoben)

durch. Sofern es der Zustand der Patientin erlaubt, erhebt sie weitere anamnestische Daten, wie beispielsweise Vorerfahrungen und -kenntnisse bezüglich einer Krebserkrankung. Zu diesem Zeitpunkt ist die Erfassung von psychosozialen Fragestellungen wichtig. Beispielsweise wird der Unterstützungsbedarf bezüglich des bevorstehenden Spitalaufenthalts geklärt. In der Regel ist bei diesen Gesprächen eine enge Bezugsperson anwesend, die in die Anamnese einbezogen wird.

Die Patientin ist nach diesem Aufklärungsgespräch einige Tage bis Wochen zu Hause (■ **Abb. 1**: Prozessschritt 3). Patienten können zu Beginn des Krankheitsprozesses nur einen Teil der Informationen aufnehmen [9]. Die Erfahrung am BTZ zeigt, dass sich Patientinnen innerhalb der ersten Tage nach Diagnosestellung bei der BCNI melden, um Rückfragen bezüglich der Diagnose und ihrer Bedeutung zu stellen wie auch um Aspekte des bevorstehenden Spitalaufenthaltes zu klären. Damit verbessert die BCNI den Informationsstand der Patientin und bietet ihr ein niederschwelliges Kontaktangebot.

Während der Hospitalisation wird die Patientin durch die Pflegefachpersonen der stationären Gynäkologie versorgt. Die BCNI hat in diesem Prozessschritt die Verantwortung dafür, dass bereits erhobene anamnestische Daten alle zuständigen Fachpersonen erreichen und doppelte Befragungen der Patientin vermieden werden. Gleichzeitig gewährleistet sie die Kontinuität der Einschätzung der Belastung der Patientin durch wiederholten Einsatz des Distress-Thermometers (■ **Abb. 1**: Prozessschritt 4) Im postoperativen Verlauf ist die BCNI bei Patientinnen nach Mastektomie für die Erstprothesenberatung zuständig (■ **Abb. 1**: Prozessschritt 5). Bei Patientinnen mit komplexen psychosozialen Problemstellungen berät sie das Pflegeteam bezüglich weiterer Unterstützungsmöglichkeiten für die Patientin. Patientinnen, denen beispielsweise eine Docetaxel-Behandlung bevorsteht, berät die BCNI zum Thema Haarverlust (inklusive kosmetische Beratung). Sie leitet auf deren Wunsch einen Friseurbesuch in die Wege, um eine Perücke anpassen zu lassen. In dieser Phase gewährleistet die BCNI die Betreuung durch eine Bezugsperson über die verschiedenen Stationen und verschiedenen Fachpersonen hinweg (■ **Abb. 1**: Prozessschritt 6).

Um diese Funktion wahrnehmen zu können, ist die BCNI als Mitglied des Kernteams auch am Tumorboard (■ **Abb. 1**: Prozessschritt 7) anwesend. Sie vertritt dort die Interessen der Patientin bei der Berücksichtigung psychosozialer Einflussgrößen und sichert eine optimale Terminkoordination, da sie als einziges Mitglied des Kernteams sämtliche Prozessschritte der Patientin überblickt.

Nach ihrer stationären Entlassung hat die Patientin weiterhin die Möglichkeit, die BCNI telefonisch oder per E-Mail zu kontaktieren. In dieser Phase übernimmt die BCNI neben der Beratungsfunktion häufig auch eine Brokerfunktion: Sie informiert die Patientin über die zuständigen konsultierenden internen und externen Fachpersonen. Bestehen beispielsweise Fragen zu einer bevorstehenden Chemotherapie, muss sich die Patientin an den zuständigen Onkologen wenden. Bei Problemen mit der Wundversorgung sind die Pflegenden der stationären Gynäkologie zuständig. Sollte sich

eine Angststörung manifestieren, muss der psychoonkologische Dienst beigezogen werden.

Diese veranschaulichenden Beispiele der Aufgaben der BCNI zeigen einen Ausschnitt des Gesamtprozesses. Je nach Diagnosestellung schließen sich nun weitere Prozessschritte an, die in gleicher Weise durch die BCNI begleitet werden. Sie ist bei ärztlichen Gesprächen, die Therapieentscheidungen betreffen (Onkologie/Radioonkologie) anwesend und dient weiterhin als niederschwelliges Unterstützungsangebot.

Aufgrund von Erfahrungen in Großbritannien wurde im BTZ beschlossen, dass die BCNI aktiv Kontakt mit der Patientin aufnehmen kann. Je nach therapeutischer Belastung der Patientin wird diese bis zu 6-mal im Prozess telefonisch kontaktiert und auf aktuelle Probleme und Fragen angesprochen. Spätestens 3 Monate nach Beginn der Nachsorge findet ein abschließendes Gespräch statt.

Mit den hier beispielhaft skizzierten Aufgaben und Kompetenzen der BCNI wurden die Rahmenbedingungen des Patientinnenkontakts für diese spezialisierte Pflege definiert.

Richtlinien der Beratungsinhalte: Beratungskonzepte der BCNI

Da die BCNI die erste ihrer Art in der Schweiz ist, stellte sich zu Beginn des Projekts die Frage nach dem konkreten Vorgehen in der Praxis. Die BCNI bietet Beratungen zu insgesamt 27 Themenschwerpunkten an. In ■ **Abb. 2** werden die 10 am häufigsten nachgefragten Beratungsinhalte des Jahres 2005 gezeigt; ■ **Abb. 2** veranschaulicht, dass die BCNI eine wichtige Funktion im Hinblick auf Alltagsbewältigung und Unterstützung in der Entwicklung von Bewältigungsstrategien erfüllt. Damit die BCNI komplementär, aber nicht in Konkurrenz oder doppelspurig zu Angeboten der Pflegefachpersonen und anderer Fachdisziplinen berät, werden für alle 27 Beratungsthemen Beratungskonzepte erarbeitet. Die Beratungskonzepte sind forschungsbasiert und werden jeweils durch ein multidisziplinäres Autorenteam verabschiedet. Das Beratungskonzept Sexualität legt beispielsweise fest, welche Informationen durch die BCNI, wel-

Hier steht eine Anzeige.



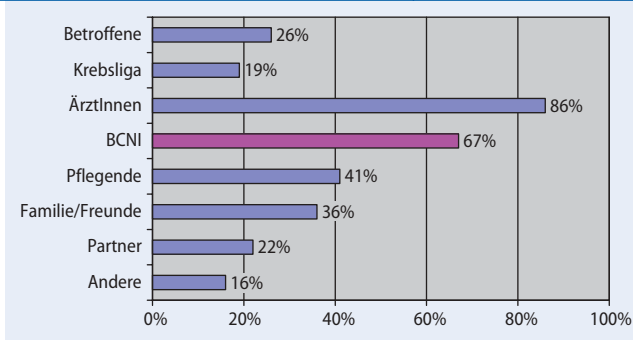


Abb. 3 ▲ Personen/Institutionen, die Patientinnen als wesentliche Informationsquelle dienen (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich, BCNI hervorgehoben)

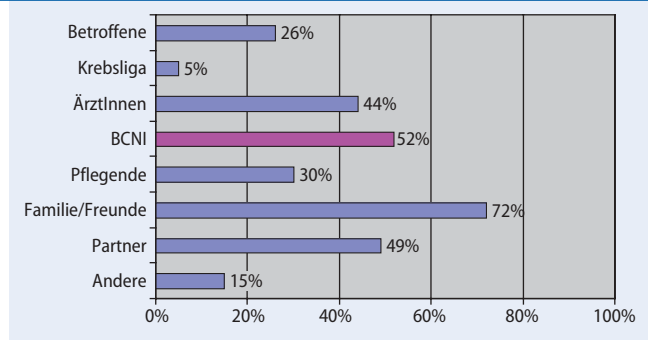


Abb. 4 ▲ Personen/Institutionen, die den Patientinnen emotionale Unterstützung bieten konnten (Angaben in %, Mehrfachnennungen möglich, BCNI hervorgehoben)

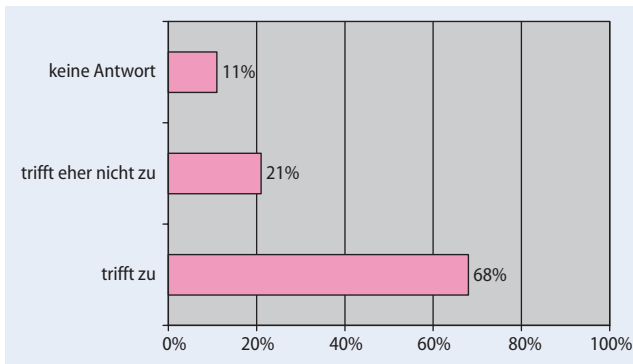


Abb. 5 ▲ Qualitätsevaluation der BCNI: „Das Angebot der BCNI ermöglichte es mir, zu Hause zurecht kommen“ (n=88)

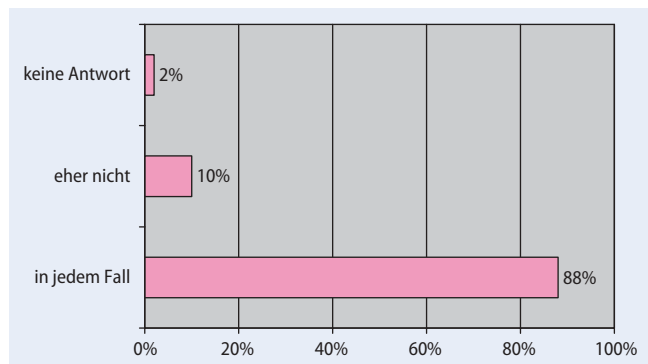


Abb. 6 ▲ Qualitätsevaluation der BCNI: „Würden Sie betroffenen Frauen die Patientinnenberatung am Brust- und Tumorzentrum empfehlen?“ (n=88)

che durch Pflegefachpersonen und welche ausschließlich durch Ärzte abgegeben werden. Das Konzept definiert die Hilfsmittel, die abgegeben bzw. empfohlen werden und legt ebenso fest, wer z. B. den Umgang mit Hilfsmitteln wie Dilatoren oder Gleitgelschult. Im Beratungskonzept Angst ist beispielsweise festgelegt, ab wann eine Patientin nicht mehr durch die BCNI allein beraten werden darf. Hier liefern die erhobenen Daten aus dem oben genannten Distress-Thermometer einen objektivierbaren Messwert. Ist der Wert persistierend hoch, muss der psychoonkologische Dienst beigezogen werden. Das Beratungskonzept Antihormontherapie zeigt unter anderem auf, welche Maßnahmen der Patientin zur Linderung der Nebenwirkungen durch die BCNI empfohlen und welche Maßnahmen durch den zuständigen Onkologen angeboten werden.

Diese Beispiele veranschaulichen, wie weit das Beratungsspektrum der BCNI reicht und wie erfolgskritisch eine multidisziplinäre Absprache ist. Erfahrungen aus Großbritannien zeigen, dass spezialisierte Pflegefachpersonen in Brustzent-

ren das breiteste Informationsspektrum für Patientinnen bieten. Sie sind unter Umständen sogar die einzige Gruppe, die bestimmte (Tabu-)Themen wie Sexualität aktiv ansprechen [10].

Implementierung der Breast und Cancer Care Nurse: Erfahrungen der ersten 2 Jahre

In einer Qualitätsevaluation des Angebots der BCNI werden gegenwärtig alle Patientinnen, die den Beratungsprozess abgeschlossen haben, bezüglich der Nutzung des Angebots und ihrer Zufriedenheit mit der BCNI befragt. Der Fragebogen wurde durch drei in der Onkologie tätige Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt. Er basiert auf einer Literaturanalyse zu Bedürfnissen von gynäkologischen Tumorpatientinnen und einer Validierung durch zwei Pflegeexpertinnen der Onkologie und den leitenden Onkologen des BTZ. Ein Prätest mit 5 Patientinnen des BTZ wurde ebenfalls durchgeführt.

Der Fragebogen wird allen deutschsprachigen Patientinnen gesendet, die

mindestens zwei Kontakte mit der BCNI hatten und deutsch sprechend sind. Derzeit liegen vorläufige Daten aus der Erhebungsphase vom Mai 2004 bis April 2006 vor. In diesem Zeitraum wurden 103 Fragebögen versendet. 88 Fragebögen wurden zurückgeschickt (RR= 85%). Da die Befragung anonym durchgeführt wird, um Patientinnen zu garantieren, dass ihre Antworten nicht mit ihrer Person in Verbindung gebracht werden können, ist eine Non-Response-Analyse nicht möglich.

Die Ergebnisse in **Abb. 3 und 4** zeigen, dass die BCNI als wichtige Informationsquelle genutzt wurde: Neben den Ärzten (86%) wurde die BCNI am häufigsten (67%) von Patientinnen genannt. Im Bereich der emotionalen Unterstützung hatte die BCNI ebenfalls eine wichtige Funktion: Patientinnen schrieben der BCNI (52%) neben der Familie (72%) am häufigsten die Funktion der emotionalen Unterstützung zu. Das bedeutet, dass die BCNI innerhalb des multidisziplinären Teams als wichtigste emotionale Ressource wahrgenommen wurde.

Die Befragten schätzten ebenfalls ihre Zufriedenheit mit dem Angebot der BCNI ein. Da Zufriedenheitsbefragungen im Gesundheitswesen Gefahr laufen, positive Antworten zu induzieren [11], wurden die Ergebnisse so interpretiert, dass der Cut-off für eine hohe Zufriedenheit auf der 4-Punkte-Likert-Skala über 75% festgesetzt wurde. Für die Frage: „*Haben Ihnen die Informationen der BCNI erlaubt, zu Hause zurechtzukommen?*“ wurden beispielsweise bereits Antworten, die im Bereich „trifft beinahe zu“ liegen, als „nicht zufrieden“ interpretiert. Mit einer solchen konservativen Interpretation der insgesamt sehr positiven Antworten, lässt sich insbesondere die Versorgung der Patientin zu Hause als Bereich mit Optimierungspotenzial identifizieren (■ Abb. 5).

Dass die BCNI insgesamt positiv wahrgenommen wurde, lässt sich aus den Antworten auf die Frage „*Würden Sie anderen Patientinnen die BCNI empfehlen?*“ interpretieren. Insgesamt 88% der Patientinnen beantworteten diese Frage mit „in jedem Fall“. In ■ Abb. 6 ist ebenfalls eine umkodierte Zusammenfassung der Ergebnisse dargestellt, die alle Antworten unter 75% unter „eher nicht“ zusammenfasst. „Nein“-Antworten gab es bei dieser Frage nicht.

Breast und Cancer Care Nurse: Ein Modell für den deutschsprachigen Raum

Die internationalen Entwicklungen betreffend spezialisierter Pflege für Frauen mit gynäkologischen Krebserkrankungen treffen derzeit – zumindest in der Versorgung von Frauen mit Brustkrebs – im deutschsprachigen Raum auf hohe Resonanz. In Deutschland wurden verschiedene Ausbildungsangebote für Breast Care Nurses lanciert (z. B. durch die Deutsche Gesellschaft für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Essen oder die Charité, Berlin). Auch in der Schweiz wird ab April 2007 die erste Ausbildung für Breast Care Nurses angeboten (Lindenhof Schule, Bern). In diversen Brustzentren in Deutschland, insbesondere in Nordrhein-Westfalen, sind bereits Breast Care Nurses angestellt. In der Schweiz finden sich neben der BCNI erste Zentren mit Breast Care Nurses (z. B. im Brustzentrum des Kantonsspitals, Luzern).

Fazit für die Praxis

Zusammenfassend zeigt die bisherige Erfahrung am BTZ, dass Konzept und Praxis der BCNI auf ein positives Echo stießen. Gleichzeitig zeigt sich in der Evaluation, dass das bestehende Modell durchaus Optimierungspotenzial besitzt. In der aktuellen Entwicklung der Zentralisierung der Versorgung und der damit einhergehenden Etablierung von spezialisierten Pflegenden bedarf es dringend eines breiten Austauschs über die Entwicklung standardisierbarer Modelle des Breast und Cancer Care Nursing. In der aktuellen Situation ist es für Patientinnen nicht durchschaubar, was sie von einer Breast Care Nurse erwarten können. Neben einer Standardisierung des Angebots muss dieses auch wissenschaftlich evaluiert werden. Hierbei sind die Patientinnenpräferenzen unbedingt zu berücksichtigen. Erst auf einer solchen Grundlage lassen sich allgemein gültige und somit auch transparente Anforderungs- und Ausbildungsprofile für spezialisierte Pflegefachpersonen anfertigen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse einer Interventionsstudie durch die Autorin, die den Effekt der BCNI auf die individuelle Lebensqualität und Zufriedenheit mit individuellen Bedürfnissen untersucht, sind für den Sommer 2007 geplant.

Korrespondierender Autor

M. Eicher, MScN



Brust- und Tumorzentrum,
Frauenklinik, Inselspital,
Universitätsspital Bern
Effingerstraße 102,
3010 Bern, Schweiz
manuela.eicher@insel.ch

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Infobox

Definition des „patient support staff“ in den aktuellen Richtlinien der EUSOMA

5.2.8 Patient support staff

Regular support (advice, counselling, psychological help) is given by Breast Care Nurses in some countries and psychologically professionally trained persons with expertise in Breast Cancer in others. These persons must be members of the core team. They must be available to counsel and offer practical advice and emotional support to newly diagnosed patients at the time the diagnosis is given, so as to further explain treatment plans. They should also be available on demand from patients in the Primary Breast Cancer Follow up clinic and in the Advanced Breast Clinic. Particularly they must be present to support women when the diagnosis is given that the disease has become advanced. At least two Breast Care Nurses are needed per breast unit.“

Literatur

1. Gatta G et al. (2006) Survival from rare cancer in adults: a population-based study. *Lancet Oncol* 7: 132–140
2. Sainsbury R (2000) Towards appropriate local surgery for patients with breast cancer. *Lancet* 356(9236): 1124–1125
3. EUSOMA (2000) The requirements of a specialist breast unit. *Eur J Cancer* 36: 2288–2293
4. Eicher MR et al. (2006) A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *Eur J Cancer* 42: 3117–3126
5. Vereinigung Schweizerischer Krebsregister (2006) Statistics of Incidence 1981–2001 (Internetzugriff am 15.08.2006): <http://www.vskr.ch/>
6. Hordern A (2000) The emerging role of the breast care nurse in Australia. *Cancer Nurs* 23: 122–127
7. The National Breast Cancer Center (2005) Specialist Breast Nurse Competency Standard. National Breast Cancer Center: Camperdown
8. National Comprehensive Cancer Network (2006) Practical Guidelines in Oncology: Distress Management. Version 1.2007. (Internetzugriff am 14.09.2006): http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf
9. Scott JT et al. (2003) Recordings or summaries of consultations for people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD001539
10. Catt S et al. (2005) The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *Br J Cancer* 93: 1092–1097
11. Mazor KM et al. (2002) A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Serv Res* 37: 1403–14017